

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ALBERT SCIALOM

Né le 1^{er} Janvier 1903, à Salonique (Grèce)

LE CHANCRE BLENNORRAGIQUE

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—
1931

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

ALBERT SCIALOM

Né le 1^{er} Janvier 1903, à Salonique (Grèce)

LE CHANCRE
BLENNORRAGIQUE

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1931

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	N...
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LÉPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZAR
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN
	LEJARS
	GOSSET.
Clinique ophthalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM	MM.
ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.	LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
AUBERTIN. Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.	LEMAITRE. Oto-rhino-laryngologie.
BINET. Phys.ologie.	LEROUX. Anatomie pathologique.
BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.	LEVEUF. Pathologie chirurgic.
BROCO. Pathologie chirurgicale.	LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
BRULÉ. Pathologie médicale.	LIAN. Pathologie médicale.
CADENAT. Pathologie chirurgicale.	MERCIER (Fern.) Pharmacologie.
CATHALA. Pathologie médicale.	MILLOT. Histologie.
CHABROL. Pathologie médicale.	MONDOR. Pathologie chirurgic.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.	MOREAU. Pathologie médicale.
DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.	MOULONGUET. Pathologie chirurgic.
DOGNON. Physique.	MOURE. Pathologie chirurgic.
DONZELOT. Pathologie médicale.	MULON. Histologie.
ÉCALLE. Obstétrique.	OBERLING. Anatomie pathologiç.
FEY. Urologie.	OLIVIER. Anatomie.
GARNIER. Pathologie expérimentale.	PIÉDELIÈVRE. Médecine légale.
GASTINEL. Bactériologie.	PORTES. Obstétrique.
GATELLIER. Pathologie chirurgicale.	QUÉNU. Pathologie chirurgicale.
GIROUD. Histologie.	RICHET. Physiologie.
HARVIER. Pathologie médicale.	SÉZARY. Dermatologie et syphiligraphie.
HOVELACQUE. Anatomie.	VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie médicale.
HUTINEL. Pathologie médicale.	VAUDESCAL. Obstétrique.
JOANNON. Hygiène.	VELTER. Ophtalmologie.
JOYEUX. Parasitologie.	VERNE. Histologie.
	VIGNES. Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM	MM.
BUSQUET. Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
GUÉNIOT. Obstétrique.	REITTERER. Histologie.
LEQUEUX. Obstétrique.	ZIMMERN. Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL . . .	Clinique obstétricale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale	METZGER	Clinique obstétricale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.]

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu accepter la présidence
de cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR R. BURNIER
ASSISTANT A L'HOPITAL SAINT-LOUIS

*Qui a bien voulu me guider dans ce
travail avec patience et dévouement.*

Historique

La première observation connue de l'action du gonocoque sur l'épithélium cutanéomuqueux semble dater de 1896, époque à laquelle Laval publiait dans le « Journal des Praticiens » le cas d'un soldat atteint d'une ulcération de ce genre. A ce point de vue historique, cette observation mérite de faire date, mais au point de vue clinique et bactériologique, d'une part le gonocoque ne put être identifié, et d'autre part la présence de staphylocoques dans le frottis justifie tous les doutes au sujet de la nature véritable de cette lésion.

Aussi s'accorde-t-on, avec raison, pour attribuer à Jullien le mérite d'avoir le premier posé la question sous son véritable aspect par sa communication célèbre au Congrès de Londres de 1898. La confirmation de l'existence de ces faits fut donnée immédiatement, à ce même Congrès, par Janowski, de Prague, et ainsi l'objectivité des lésions gonococciques cutanéomuqueuses était d'ores et déjà démontrée.

La notion ainsi fixée par le Maître de Saint-Lazare ne devait pas tarder à être illustrée par des observations nouvelles et nombreuses.

Salomon publiait, en 1903, dans la « Münch. Med. Woch. », le cas d'une jeune servante de 20 ans atteinte d'un écoulement utérin et urétral abondant et gonococcique.

Elle présentait un ulcère sur le bord de la petite lèvre droite, et un autre à gauche, en face du précédent. Ils étaient profonds, fortement échancrés, à bords indurés.

Le fond était recouvert d'un enduit crémeux, noirâtre, et pullulait de gonocoques.

L'année suivante, Druelle publiait deux cas fort intéressants, l'un concernant une jeune femme de 25 ans; présentant une ulcération blennorragique en forme de chancre de la face externe de la grande lèvre droite, et l'autre une ulcération mixte blennosyphilitique de la face interne de la petite lèvre gauche. Nous avons cru utile d'insérer plus loin le texte complet de ces observations.

C'est ensuite Thalmann qui décrit un ulcère de la fourchette ressemblant à un chancre mou; mais contenant, au lieu du bacille de Ducrey, le diplocoque de Neisser.

Xylander reprenait la question en 1909 dans la « Deutsche Med. Wochens » et, en 1912, Alberto Serra, professeur à l'Université de Cagliari, publiait deux cas particulièrement intéressants, en ce que les recherches bactériologiques nombreuses et précises ne laissaient aucun doute sur la nature de l'agent en cause. Il s'agissait, dans le premier cas, d'une femme atteinte de blennorragie aiguë, avec

ulcération de la petite lèvre gauche et de la commissure vulvaire postérieure accompagnée de ganglions inguinaux ; dans le second cas, il s'agissait d'une ulcération située au-dessous du méat, sur la petite lèvre droite, à bords décollés, irréguliers, à fond granuleux, rouge vif, saignant facilement.

Citons enfin Leede, qui, dans la « Münch. Med. Wochens. » de 1911 venait apporter à la question une contribution nouvelle.

On voit que les lésions gonococciques extra-muqueuses avaient excité la curiosité des chercheurs qui, tour à tour, mettaient en lumière des faits nouveaux. Mais la multiplicité même de ces recherches risquait de les égarer et de faire perdre de vue leur véritable intérêt clinique.

C'est Burnier qui, en 1918, devait ramener la question sur son véritable terrain, en publiant dans le « Paris-Médical » de février 1918 le cas d'un Kabyle porteur d'une ulcération gonococcique chancrelliforme, et celui d'un Chinois présentant une lésion de même nature, mais chancriforme.

Ainsi se trouvait isolé le véritable problème que ces lésions blennorragiques pouvaient poser au clinicien, et, du fait même, étaient éliminées toutes les lésions banales accompagnant l'écoulement urétral. Le chancre gonococcique devenait ainsi une véritable entité clinique, dont la classification même semblait tout indiquée.

De nouveaux travaux de Gougerot, Burnier et Blum, de Gougerot, Carteaud et Tardieu, de Séza-

ry et Benoist, de Belgodère, devaient donner à la question son aspect définitif sous lequel nous essayons de la présenter aujourd'hui.

Classification clinique

1° Chancre blennorragique de l'homme

En se référant aux faits publiés, il semble bien qu'ils puissent être classés, du moins chez l'homme, en deux grands groupes.

Il peut s'agir d'érosions ovalaires ou circulaires, régulières, à fond rouge, chair musculaire, plan, lisse, superficiel, ou bien d'ulcérations plus ou moins profondes, à bords taillés à pic, à base indurée, simulant le chancre syphilitique papuleux ou ulcéreux. Une adénopathie inguinale, uni ou bilatérale, suppurée ou non, un phimosis plus ou moins marqué viennent compléter l'analogie.

C'est ce genre de cas qui a été observé par Laval et Campana.

Tel est le chancre gonococcique pseudo-syphilitique.

Dans d'autres cas, il s'agit d'ulcérations affectant des allures serpigneuses ; leur fond est bourbillonneux, grisâtre, jaunâtre, leurs bords sont décollés ; leurs caractères sont ceux d'un chancre mou et un

bubon inguinal ou une lymphangite dorsale viennent compléter cette similitude.

L'auto-inoculation est positive.

Tel est en particulier notre cas personnel, publié en fin de ce petit travail, et reproduit par notre cliché.

Tel est le chancre gonococcique chancrelliforme.

Tels sont les cas de Salomon, de Burnier et les deux cas de Serra.

On comprend aisément qu'il puisse exister des *chancres mixtes* représentant au point de vue bactériologique une association au gonocoque soit avec le bacille de Ducrey, soit avec le tréponème de Schaudinn.

Tels sont deux cas de Burnier (Ann. des Mal. vénériennes, 1919), l'un blénno-syphilitique, l'autre blénno-chancrelleux.

Xylander a rapporté également un cas de chancre blénno-chancrelleux chez un homme de 21 ans, ancien blennorragique, qui présenta en décembre 1908 une ulcération du gland survenue 14 jours après le coït : l'aspect était celui d'une chancrelle accompagnée d'adénopathie inguinale. Le bacille de Ducrey put être retrouvé dans le chancre, le canal urétral était sec et ne contenait pas de gonocoques. En janvier 1909, malgré le traitement institué, le chancre n'avait aucune tendance à la guérison. Des applications de nitrate d'argent provoquèrent en février une sécrétion plus abondante et l'on put déceler des gonocoques qui purent être cultivés.

Des pansements au protargol à 10 % amenèrent la cicatrisation du chancre.

Dans certains cas, on peut même observer la trilogie vénérienne au complet (gonocoques, tréponèmes, bacilles de Ducrey).

Tel est le cas de cet Algérien observé par Brault et Montpellier qui présentait au niveau des chancres du gland des bacilles de Ducrey et dans le pus qui suintait de l'urètre des gonocoques et des tréponèmes.

La connaissance de ces chancres mixtes est importante, car, dans certains cas, alors que l'ultra-microscope aura montré la présence soit de tréponèmes, soit de bacilles de Ducrey, le praticien pourra être surpris par la résistance des lésions au traitement spécifique. C'est alors qu'il devra penser à une association gonococcique, et si les examens sont positifs, intervenir par le traitement local. Ainsi, le malade pourra être traité à la fois par les injections intra-veineuses par exemple, et les applications locales antigonococciques. La cicatrisation du chancre en sera évidemment hâtée.

On peut rapprocher de ces chancres mixtes, les cas réunissant sur le même malade des lésions pseudo-syphilitiques et chancriformes. Tel est le cas de Gougerot, Cartaud et Tardieu (Arch. de Derm., mars 1929). Il s'agissait d'un malade ayant présenté d'abord une ulcération préputiale non indurée, sans adénopathie, à fond grisâtre, à bords taillés à pic, rappelant le chancre mou. Quelques semaines après

on voyait apparaître sur la couronne préputiale quatre papules lisses de couleur chair musculaire ayant l'aspect de chancre ou de syphilides papuleuses. Les deux genres d'ulcération ont cédé rapidement au traitement antigonococcique. Cet exemple nous a semblé caractéristique simulant sur le même malade la syphilis et la chancrelle.

Enfin, nous citerons, quoique à type assez rare, le cas de urétrite chancroïde signalé par le Dr Saint-Cène (Journal d'Urologie, p. 320, octobre 1924).

Cette urétrite chancroïde se présentait au début avec les caractères extérieurs d'une blennorragie aiguë, ce n'est qu'au bout de quatre jours qu'on put sentir une masse indurée sur le trajet du canal et que sont apparus des phénomènes d'obstruction mécanique en même temps que l'adénopathie inguinale. Cette dernière ne fut d'ailleurs jamais très marquée et n'eut jamais les caractères du bubon. L'écoulement s'étend rapidement dès les premiers lavages, et tout rentra dans l'ordre.

2° Chancres gonococciques chez la femme

Cette classification peut être adoptée aussi bien pour les ulcérations gonococciques de l'homme que pour celles de la femme, mais il semble néanmoins que la distinction soit moins nette en raison des aspects divers que les ulcérations génitales peuvent revêtir chez la femme.

Chez elle, en effet, les ulcérations blennorragiques sont habituellement multiples, de forme arrondie ; elles peuvent prendre l'aspect d'une fissure, d'une rhagade quand elles se développent au niveau d'un repli muqueux. Elles siègent habituellement au méat urétral, au col utérin, à la fourchette, à l'orifice du canal excréteur des glandes de Bartholin, ou encore à la marge de l'anus. Elles s'accompagnent souvent d'un œdème aphlegmasique, des lèvres.

Une mention spéciale doit être faite des ulcérations de la marge de l'anus, particulièrement fréquentes chez la femme, ulcérations qui peuvent exister en dehors de toute blennorragie génitale. Elles prennent de plus l'aspect d'une fissure.

Jesbroneck a pu étudier cette ulcération dans un cas particulièrement favorable à l'observation chez une petite fille qui pouvait, par des efforts, prolaber toute sa muqueuse (Jullien).

On constatait chez cette malade une véritable ulcération, recouverte d'un enduit grisâtre, torpide et rappelant les ulcérations de la balanite. En général, il s'agit d'une simple fissure ulcéreuse, siégeant à la partie postérieure de l'anus, étroite, superficielle, généralement cachée au fond d'un pli, quelquefois bilatérale, saignant rarement, ne dépassant pas le plus souvent la région sphinctérienne. L'évolution en est longue.

Les quatre cas observés par Jullien, à St-Lazare,

ont été d'une durée moyenne de 153 jours, sans altérer toutefois l'état général.

Du reste, ces ulcères blennorragiques de l'anüs peuvent se trouver aggravés par des complications.

C'est ainsi qu'on a pu observer les folliculites des glandes de Lieberkuehn, se traduisant par la présence de grains ronds ou de noyaux plus au moins considérables.

Ces noyaux peuvent persister, s'organiser, devenir résistants et on les perçoit nettement par le toucher rectal et vaginal.

Parfois des collections purulentes se forment autour du conduit ano-rectal.

Huber a vu survenir des abcès spontanés de la fesse ; ils ont des caractères spéciaux et différents des abcès à staphylocoques.

Ils sont limités et forment des noyaux durs qui s'enkystent et n'ont pas tendance aux fusées purulentes.

Une complication plus grave et d'un grand intérêt pathogénique est le rétrécissement. Il survient sur les altérations profondes de la paroi recto-vaginale, les folliculites s'accompagnant alors de péri-folliculites. La durée indéfinie de la lésion peut aboutir ainsi à la production d'une véritable stricture. Jullien conseille de ne pas oublier cette étiologie, lorsqu'on est porté à envisager l'origine syphilitique des rétrécissements du rectum. Elle a l'avantage d'expliquer la fréquence plus grande du rétrécissement rectal chez la femme.

Enfin, ces fissures gonococciques de la région ano-rectale peuvent s'accompagner de phlébite des veines hémorroïdaires : c'est une complication rare, qui s'explique par la fréquence de l'inflammation des veines dans cette région. Griffon a publié un cas semblable en 1905. Le traitement de ces ulcérations est naturellement le même que celui des chancres gonococciques en général.

A côté de cette forme un peu particulière, les ulcérations gonococciques chez la femme, peuvent revêtir les formes les plus variées. Jullien avait fait faire un moulage d'une ulcération plate, torpide, de teinte jaunâtre. Chez une autre de ses malades il avait observé deux érosions symétriques à la face interne des deux petites lèvres, prébartholiniques, allongées et fissuraires à droite, arrondies à gauche.

On trouva du gonocoque sur ces deux ulcérations dont la durée fut très longue.

Thalmann a rapporté le cas d'une femme atteinte d'un ulcère de la fourchette qui ressemblait à un chancre mou, mais au lieu du bacille de Ducrey on trouva sur cette lésion du gonocoque ; les espaces lymphatiques en étaient remplis ; cette perte de substance eut une marche lente, à tendance serpigneuse.

Une seconde fois, chez la même femme, Thalmann voit apparaître sur la face interne de l'une des grandes lèvres, une ulcération qui présentait les mêmes caractères que la précédente. Nous avons décrit plus haut, les ulcères observés par Salomon.

Enfin, il faut faire une place, dans la classification, à certaines lésions qui en général, ne sont pas produites par le gonocoque lui-même, mais dans lesquelles on peut le trouver, associé quelques fois au staphylocoque. Telles sont la pyodermite, la folliculite, l'ecthyma blennorragiques.

Il est fréquent d'observer sur la peau, autour des foyers blennorragiques, des points de suppuration dispersés ou conglomérés (Jullien).

Le plus souvent il s'agit de microbes d'infection secondaire, quelques fois cependant il peut s'agir de gonocoques. Cependant, lorsque la peau est intacte, le gonocoque ne produit pas de pyodermite. L'inoculation ne se fait que s'il y a déjà eu altération.

Baudoin et Gastou ont vu un jeune homme atteint de blennorragie qui présentait sur la face interne des cuisses des bouquets de pyodermites ulcérées ; dans quelques éléments on trouva du gonocoque.

Les mêmes auteurs ont signalé chez une toute jeune fille, au niveau du pubis, une localisation gonococcique, dont les infiltrats confluents avaient pris un aspect véritablement sycosiforme et s'étaient développés tout autour de la vulve : là encore le gonocoque occupait un grand nombre d'éléments.

Enfin, dans un cas publié par Meyer en 1903 il s'agissait d'un indéniable panaris gonococcique : une cuisinière qui avait de la blennorragie s'écorcha les doigts en nettoyant ses casseroles. Elle vit peu de temps après se développer une grosse bulle,

et à sa suite un panaris superficiel dont le pus contenait des gonocoques.

En dernier lieu, nous devons signaler et ranger parmi les ulcérations blennorragiques les abcès et fistules de la bartholinite qui est presque toujours d'origine gonococcique, qu'il s'agisse de la bartholinite aiguë ou chronique.

Il s'agit, en général, d'une femme en traitement depuis quelque temps pour une blennorragie vulvo-vaginale ou urétrale (Bizard et Blum, *Annales des maladies vénériennes*, 1921).

C'est la forme que l'on observe souvent à la suite d'une métrite. On peut se trouver en face d'une forme blennorragique d'emblée. Il n'est pas rare qu'elle survienne insidieusement et qu'elle constitue une découverte du praticien.

Des différents symptômes qui constituent à la période d'état la bartholinite c'est surtout l'abcès qui nous intéresse en tant que cause d'ulcération.

C'est au niveau de l'abcès que la douleur a son maximum. Et c'est parfois l'abcès lui-même qui domine le tableau clinique.

Au début il faut bien recliner la grande lèvre en dehors pour apercevoir une tuméfaction, petite, globuleuse.

Grosse d'abord comme une noisette, soulevant la muqueuse, elle donne dès le début, une renitence nette ; l'abcès est douloureux au toucher, mais déformé peu la grande lèvre.

En appuyant légèrement on fait sortir un liquide

trouble et opaque, parfois du pus franc par le canal excréteur.

La tuméfaction s'accroît, elle devient dure, la glande prend le volume d'une noix, ferme l'entrée du vagin. Elle détermine alors à ce moment, un œdème qui la fait paraître encore plus considérable et qui occupe toute la région. C'est parfois un œdème périforme de toute la grande lèvre, laissant seulement son extrémité supérieure peu ou pas déformée.

L'œdème peut parfois remonter presque à la région clitoridienne. Les ganglions inguinaux sont durs et douloureux. La muqueuse est rouge vif, soulevée largement, bombant vers le vagin. L'état général s'altère avec la formation de l'abcès. La douleur augmente, irradie vers l'anus, l'ischion, l'urètre, vers l'aîne. Elle augmente lors des efforts de la miction et de la défécation. Dans une troisième phase l'œdème diminue un peu, l'abcès se collecte, et l'on peut nettement sentir la fluctuation sous l'œdème d'infiltration qui a persisté, la tuméfaction s'est ramollie, la muqueuse montre le pus qui bombe et la fluctuation est facile à percevoir en dedans. L'abcès est constitué. Si l'on n'incise pas à temps, l'abcès s'ouvre et le pus s'évacue au dehors. L'ouverture de l'abcès se fait dans le sillon sympho-labial, ou près des caroncules myrtiformes, parfois dans le conduit excréteur lui-même. Les signes généraux et fonctionnels diminuent, la glande reprend sa consistance.

ce normale, mais ce qui persiste ce sont les *fistules* consécutives à ces abcès.

Ce sont des fistules vulvo-vaginales contenant des gonocoques qu'il ne faudra pas confondre avec les autres ulcérations blennorragiques chez la femme.

La fistule persiste parfois après la guérison de la bartholinite et peut s'ouvrir à la fourchette, à l'anus, au périnée.

On peut observer des fistules complètes vulvo-périnales, ou recto-vulvo-périnéales ou simplement recto-vulvaires.

Comme le chancre gonococcique de l'homme, la fistule bartholinique peut donner lieu à une lymphangite parfois très marquée, laissant une traînée de vaisseaux lymphatiques, durs, sensibles, tuméfiés, aboutissant à des ganglions inguinaux plus ou moins tuméfiés et douloureux.

Ces mêmes fistules et ces mêmes abcès peuvent s'observer dans la bartholinite chronique.

Peut-être faut-il en rapprocher les ulcérations gonococciques, ouvertes au niveau du scrotum. Dans le cas de Balzer, Fleig et Tausard, il s'agissait d'un malade atteint de blennorragie chronique avec épидidymite double à rechutes ; à un moment donné l'épididymite fut d'une acuité telle qu'il fut obligé de rentrer à l'hôpital. Comme le disent les auteurs il s'agissait « d'un véritable phlegmon épидidymo-scotal double, évoluant avec un gonflement considérable, des douleurs très vives, et aboutissant rapide-

ment à la suppuration ». Dans un autre cas de Andry et Boyreau (An. de Derm. et Syphil., 1906) il s'agissait d'une épidydimite blennorragique suppurée et furonculite phlegmoneuse avec vaste abcès du canal inguinal.

Classification Anatomo-Pathologique

Telle est la classification et telles sont les principales variétés, qui au *point de vue clinique*, caractérisent l'ulcère blennorragique. Aun autre point de vue, anatomo-pathologique, on pourrait envisager une classification différente (Beigodère, Paris Médical, 10 mai 1930).

1° *Des chancres fissuraires* qui se rencontrent au pourtour des orifices ou au fond des replis muqueux la muqueuse, irritée par le contact du pus, s'entame, se coupe et les lésions fissuraires forment ainsi des sortes de rhagade, comme aux commissures labiales dans la perlèche ou comme autour de l'orifice des narines dans le coryza chronique. Ces fissures se produisent chez l'homme à la commissure inférieure du méat, en cas de blennorragie très aiguë avec écoulement abondant et elles rendent la miction assez douloureuse, on rencontre aussi assez souvent une petite fissure transversale du frein occasionnée par la macération au contact du pus et assez douloureuse par les manœuvres de traction. Chez la femme : fissures du méat, fissure dans le sillon qui sé-

pare la petite lèvre des caroncules myrtiliformes en dedans ou de la grande lèvre en dehors.

2° *Des chancres érosifs*. Tantôt il s'agit d'érosions superficielles et à base souple, à surface rouge ou grisâtre, assez larges et irrégulières et ne correspondant pas, à vrai dire, à l'idée de lésions limitées à contours bien définis qu'éveille à l'esprit le terme de chancre. On peut ainsi rencontrer, à la surface du gland macéré par le pus, des érosions irrégulières de balanite. Chez la femme, des troisièmes semblables peuvent apparaître sur la face interne des petites lèvres et l'on rencontre aussi dans les culs-de-sac vaginaux baignés par le pus blennorragique, des surfaces érosives, saignant facilement au contact du spéculum.

3° *Des chancres ulcéreux*, qui sont les prototypes du chancre gonococcique et peuvent revêtir suivant les cas l'aspect du chancre syphilitique ou du chancre mou. Dans le cas de Gougerot, Carteaud et Tardieu ont pu voir chez le même malade deux ulcérations dont l'une chancrelliforme et l'autre chancreiforme.

4° *Des chancres serpigneux*, décrits par Thälmann, Mazza et Xylander et particulièrement rebelles au traitement.

5° *Les chancres blennorragiques phagédéniques*.
Tel est le cas décrit par Sainz de Aja et Ontanon. On vit chez un jeune homme syphilitique apparâ-

tre une ulcération sur la cicatrice du chancre. On ne trouva par les moyens de laboratoire, ni tréponème, nibacille de Ducrey, ni bacille de Koch. Le gonocoque fut identifié avec certitude. L'ulcère s'étendit rapidement entourant le pénis et perforant l'urèthre.

6° Citons enfin les *chancres blennorragiques extra-génitaux*. Tel est le cas de Guilliot (1902) traitant de l'infection gonococcique d'une plaie opératoire de cure radicale de hernie inguinale avec complications phlegmonéuse et ulcéreuse. Tel aussi le cas d'Almevist qui vit chez un jeune homme atteint d'urétrite blennorragique apparaître une tuméfaction du pied qui devint rouge, douloureuse, se ramollit, s'ouvrit, et s'ulcéra ; le pus contenait des gonocoques. Tels aussi les deux cas de Baudoin et Gastou, le premier concernant un jeune homme atteint de pyodermite à gonocoques et dont les pustules aboutirent à un véritable ecthyma gonococcique ; le second concernant une jeune fille atteinte de folliculite suppurée sycosiforme du pubis.

Diagnostic

Le diagnostic différentiel devra se faire avec le *chancre syphilitique* qui n'a pas comme l'ulcère blennorragique une suppuration abondante, il présente une érosion limitée, des ganglions caractéristiques ; enfin, l'incubation qui précède le chancre, l'écoulement urétral qui accompagne l'ulcère blennorragique serviront à établir le diagnostic. De plus, à une période avancée, la présence ou l'absence d'accidents apparents, les réactions humorales ne pourront plus laisser aucun doute au praticien.

Le *chancre simple*, comme l'ulcère blennorragique, suppure, mais il est reconnaissable à son gros ganglion unique, à sa période d'incubation, à l'absence d'écoulement urétral concomitant.

L'auto-inoculation, la recherche du bacille de Durey mettront sur la voie du diagnostic. L'épreuve du traitement par le Dmelcos pourra constituer une certitude de plus. Dans un cas de Gougerot, l'absence du liséré blanc si caractéristique du chancre mou avait fait soupçonner avant tout examen bactériologique la nature gonococcique de la lésion.

Comme le fait remarquer Jullien, le diagnostic sera quelquefois difficile avec *l'herpès génital*. Celui-ci occupe en général la rainure balano-prépuçiale, le prépuce ou le fourreau. Il se transforme rapidement sur les parties couvertes en érosions. Ce sont des érosions superficielles isolées ou confluentes, rouges ou diphtéroïdes. Elles laissent un peu de suc par l'expression et sont légèrement douloureuses. L'herpès n'a pas d'induration de la base et guérit en 8 ou 10 jours. S'il a été traité par des irritants, il peut s'indurer, s'accompagner de phimosis inflammatoire, s'ulcérer et durer plusieurs semaines. En pareil cas, le diagnostic direct est d'une extrême difficulté et même impossible parfois.

Chez la femme, l'herpès siège en n'importe quel point de la vulve et présente les mêmes caractères. On peut observer un herpès vulvané profus avec fièvre légère, cuisson vive, œdème considérable, placards étendus couverts de vésicules conglomérées ou confluentes, s'étendant sur la vulve, le pubis, la face interne des cuisses et la rainure interfessière. Très vite, les vésicules macérées se crèvent, se transforment en érosions ou se couvrent d'un enduit diphtéroïde, et secrètent un liquide mucopurulent fétide.

Les ganglions sont engorgés et douloureux. La malade souffre beaucoup et est confinée au lit. La guérison se fait en quinze ou vingt jours. Le diagnostic peut être rendu difficile en ce qu'une érup-

tion d'herpès peut servir de prélude ou d'accompagnement à l'éclosion d'un chancre syphilitique ou même d'un chancre mou.

Rappelons enfin qu'il peut exister une *lymphangite* gonococcique, sans ulcération blennorragique, et dont le diagnostic sera de ce fait même délicat (cas de Baudoin et Gastou, 1900).

Complications

En ce qui concerne les complications, comme le dit Jullien, « ces ulcérations sont déjà un accident sérieux de la blennorrhagie, mais en outre des complications diverses peuvent venir les aggraver ».

Ainsi, on peut observer de l'infiltration de l'œdème et un gonflement considérable de la région ; le gland est augmenté de volume, turgide ; chez la femme, on peut observer de l'œdème des grandes lèvres. Les téguments peuvent être le siège d'une tuméfaction douloureuse. On peut observer la lymphangite tronculaire et l'adénite.

Dans un cas publié en 1900, Gastou et Baudoin ont vu chez un jeune homme de 18 ans apparaître des traînées rougeâtres et saillantes de lymphangite, des nodosités semblables à des grains de millet qui contenaient des gonocoques.

C'est parmi les complications aussi qu'on peut ranger les chancres phagédéniques ou serpiginieux, ainsi que les chancres associés, si l'on peut dire, où le tréponème, le bacille de Ducrey et le gonocoque peuvent se trouver combinés dans toutes les variétés.

Tous ces accidents sont en général purement locaux, mais l'état général n'est pas toujours exempt. On peut voir l'ulcère s'accompagner d'élévation de température, de fièvre hectique pouvant monter jusqu'à 38°5 et finir par atteindre l'état général.

Le *pronostic* de l'ulcère blennorragique ne peut donc être considéré comme grave, mais il reste néanmoins sérieux à cause de sa longue durée et des complications possibles, en particulier la fièvre, la lymphangite, le phagedénisme, qui, comme dans les chancres syphilitiques, peut entraîner des mutilations définitives. Dans le cas de Thalmann, l'ulcération de la fourchette persista pendant 3 mois, malgré le traitement. Elle détruisit les petites lèvres, rongea la marge de l'anus, s'étendit jusqu'à l'intestin et laissa deux fistules vulvo-vaginales. Chez l'homme, Santos-Médina a vu en 1901 un rétrécissement de l'urètre survenir à la suite d'un chancre de cette nature.

Telles sont les principales complications du chancre blennorragique. Il nous reste maintenant à en étudier la pathogénie. Elle a été magistralement décrite par Jullien dès 1905. Les muqueuses aptes à contracter la blennorragie sont pourvues d'un réseau superficiel, sous-épithélial de canalicules lymphatiques, de sorte que leurs différentes couches s'infiltrant avec la plus grande facilité. Quand le gonocoque les a pénétrées, elles sont vouées à l'élimination.

Mais le diplocoque de Neisser ne peut atteindre ces réseaux lymphatiques si la peau n'a pas subi quelques altérations. Pour que le gonocoque soit à l'aise, il faut que la couche génératrice des cellules de Malpighi soit à nu. Il rencontre alors un épithélium analogue à l'épithélium uréthral et il peut y vivre.

Pathogénie

Or, les conditions locales sont favorables à la production des altérations nécessaires ; telles sont l'action du pus blennorrhagique, l'irritation, la macération produite par le gonocoque. On peut même admettre que le grattage détruit les couches superficielles de l'épithélium et ouvre la porte à l'envahisseur.

« Mais le gonocoque est-il réellement la cause de l'ulcération ? » se demande le médecin de Saint-Lazare. Sur les points irrités, dans le voisinage de l'ulcération, on trouve des leucocytes altérés creusés de vacuoles, puis des microbes, presque toujours les staphylocoques et le gonocoque. Au niveau même de l'ulcération, on trouve parfois à la surface de la lésion un enduit noirâtre ; au microscope, on voit que cette substance contient des gono en nombre considérable ; ces microbes semblent former un véritable gâteau qui recouvre l'ulcération. Si l'on déterge à la curette sur une ulcération serpiginieuse une partie de la couche superficielle et qu'on fasse l'examen microscopique, ce sont encore des gono que l'on trouve dans le produit de

raclage. Enfin, l'examen histologique des tissus sous-jacents montre ceux-ci infiltrés du même microbe. C'est donc bien le gonocoque qui est en cause.

Traitement

Le traitement ne semble comporter rien de particulier. On prescrira les lavages antiseptiques : permanganate de potasse, nitrate d'argent, chlorure de zinc. On pourra essayer les applications locales de gonacrine ou de la pommade de Reclus. Les injections de vaccin anti-gonococcique Pasteur, à dose progressive et à raison d'une injection tous les deux jours paraissent devoir limiter les complications possibles. Une mention spéciale doit être faite aux applications de sérum antigonococcique, qui, dans le cas de Gougerot, Carteaud et Tardieu, a permis une cicatrisation rapide. Dans celui de Sezary et Benoist (Soc. de Dermat. et de Syphiligraphie, 10 Nov. 1927), le chancre existait depuis un mois déjà sans aucune tendance à la guérison. On fait le 5 juillet 1927 des applications locales de sérum antigonococcique de l'Institut Pasteur. On introduit dans la plaie de l'ouate hydrophile imbibée de sérum, on recouvre de gutta-percha et on renouvelle ce pansement après chaque miction. Le résultat est remarquable. Douze heures après le premier panse-

ment, la sécrétion purulente avait notablement diminué. Deux jours après, le 7 juillet, la surface de l'ulcération apparaît complètement détergée, elle ne laisse sourdre qu'un liquide séreux, et non plus purulent. L'adénopathie a notablement rétrocedé. Les progrès sont dès lors réguliers. Le fond de l'ulcération bourgeonne et le 16 juillet la cavité est presque complètement comblée. Il est à noter que pendant ce temps la blennorragie ne s'est que très légèrement améliorée. On peut donc considérer ces deux cas comme assez probants et admettre que les applications locales de sérum constituent un des traitements de choix du chancre gonococcique.

Dans le cas de Laval (1896) et Druelle (1904), ces auteurs n'ont obtenu que de faibles résultats par les applications de permanganate de potassium.

Dans le deuxième cas de Serra, les résultats ont été meilleurs grâce à des attouchements par le nitrate d'argent et la glycérine iodoformée et la guérison fut obtenue au bout d'une dizaine de jours.

Un cas de Burnier (1918) a été particulièrement rebelle, puisque, malgré les divers traitements employés : permanganate fort, nitrate d'argent, pommade au calomel, thermocautère, attouchement à l'acide picrique, la cicatrisation ne fut obtenue que deux mois plus tard.

Dans le cas de Gougerot, Carteaud et Tardieu, le malade ne pouvant suivre de traitement local pour des raisons familiales, a été traité par le bleu de méthylène, le Santal en ingestion, et le vaccin antigo-

nococcique de l'Institut Pasteur, à dose progressive, à raison d'une injection tous les deux jours. Ce traitement ne donna pas de résultat appréciable et seul le sérum antigonococcique hâta la guérison.

Dans le cas de Gougerot, Burnier et Paul Blum (1929), la guérison a été obtenue en douze jours par des pansements antiseptiques au permanganate de potassium.

Mentionnons aussi le cas de Audry et Boyreau (Société de Derm. et Syphil., 1906) concernant un abcès de l'épidydime avec funiculite phlegmonneuse, dans lequel le pus contenait de nombreux gonocoques. Le traitement a été dans ce cas purement chirurgical et la guérison intervient rapidement après l'intervention.

Il en a été de même d'un cas de MM. Balzer, Fleig et Tansard, concernant une épidydimite double suppurée à gonocoques, mais dans laquelle l'examen microscopique a décelé un micro-organisme en chaînettes dont l'identification ne fut pas faite, mais qui, d'après les auteurs, représentait l'entérocoque ou le gonocoque. Une double intervention fut suivie rapidement de guérison.

Peut-être resterait-il encore à essayer les bouillons vaccins, les lysats, les antiviruses, ou un traitement général par la protéinothérapie, les injections de lait ou l'arsénobenzol.

Dans tous les cas, il semble bien qu'en dehors des rares indications de l'intervention chirurgicale on

doive accorder la préférence au sérum antigonococcique local, qui, aussi bien dans le cas de Gougerot que dans celui de Sezary et Benoist, a été d'une efficacité certaine.

Observations

OBSERVATIONS DE LAVAL (*Journal des Praticiens*, 1896)

G..., cuirassier, 22 ans, n'a jamais été malade, mais de tempérament très lymphatique.

Le 11 octobre, il se présente à notre visite avec une ulcération phagédénique du sillon balano-préputial du côté gauche de la verge. Cette ulcération d'une étendue de 2 cm. environ dans le sens de la longueur du sillon, déchiquette au-dessus une portion de gland d'environ 1 cm. carré et s'étend inférieurement sur les muqueuses préputiales sur une étendue d'un peu plus d'un centimètre carré.

Les bords en sont à pic, un peu décollés et à contours crénelés, entamés très irrégulièrement, aux abords et sur une distance d'environ 1 cm. autour de la partie supérieure de la lésion on voit un petit trait jaunâtre surtout accusé sur le gland ou dans la région qui sépare le méat de la plaie. Quant à cette plaie elle est totalement submergée d'un pus épais, jaunâtre, crémeux, odorant.

Si l'on déterge, on découvre un fond bourgeonnant, de mauvais aspect, infiltré de pus, quoique le prépuce et le gland soient le siège d'un léger œdème, on ne constate à la palpation aucune induration des tissus environnants.

Le méat ne laisse sourdre aucune goutte, rien au testicule ni aux épидидymes, à signaler quelques petits ganglions de l'aîne droite seulement ; l'examen du reste du corps ne révèle rien de spécial, température 38°7.

Il est vrai qu'on a trouvé dans la sécrétion, à côté des gonocoques, des staphylocoques. Néanmoins, cette ulcération disparut rapidement grâce à des lavages au permanganate de potassium.

OBSERVATION DU D^r DRUELLE

Archives Générales de Médecine, 1904

L'ulcération blennorragique chancriforme de la face externe de la grande lèvre droite.

OBSERVATION I. — X... Alice, 25 ans, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis le 23 mai 1903, pour un écoulement génital. A l'examen de la malade on note une blennorragie chronique complète. La vulve est rouge, et, en certains points, particulièrement au niveau du vestibule, il existe de petites folliculites blennorragiques, indiquées par un liseré rouge qui entoure leur orifice. L'urétrite est à pus blanchâtre, pas de douleur en urinant, il y a de la périurétrite et les glandes du méat fournissent une sécrétion purulente. Vaginite avec écoulement leucorrhéique. Métrite cervicale et ulcération du col.

La glande de Bartholin gauche est un peu augmentée de volume, mais ne fournit pas de pus à la pression. A droite, toute la grande lèvre est œdématiée ; elle est le siège d'un empâtement diffus assez dur. Cet œdème n'est ni rouge ni douloureux à la pression et n'a aucun caractère inflammatoire. On trouve sur la face interne de la petite lèvre droite deux petits orifices déchiquetés situés l'un au-dessus de l'autre, chacun d'eux irrégulièrement circulaire à environ un demi cm. de diamètre. Ils sont séparés par un pont de muqueuse saine et conduisent dans une cavité purulente grosse comme une petite noix qui occupe la situation de la glande de Bartholin

droite et d'où l'on fait sortir par la pression une grande quantité de pus.

D'autre part, il existe sur la face externe de la grande lèvre droite, à l'union de son tiers moyen avec son tiers inférieur, une ulcération plus grande qu'une pièce de 20^c cm. A ne considérer que ces seuls caractères optiques, cette ulcération présente les caractères d'un chancre syphilitique. En effet, elle est rigoureusement circulaire, très superficielle, et ses bords sont partout en pente douce. Nulle part ils ne sont ni déchiquetés, ni décollés, ni taillés à pic. Son fonds est d'un rouge musculaire très marqué. Sa surface est lisse, nullement inégale, ni granuleuse. De prime abord la similitude avec un chancre syphilitique est donc extrême, et c'est du reste le diagnostic posé par plusieurs de ceux qui ont examiné la malade. Les ganglions inguinaux sont notablement augmentés de volume des deux côtés : cette adénopathie est froide et indolente, on ne trouve pas un ganglion de volume notablement supérieur à ceux qui l'entourent. A la palpation, l'ulcération n'a certes pas une base normalement souple, mais pourtant elle n'est pas nettement indurée. Elle est soutenue par un empâtement œdémateux, qui se continue sans ligne de démarcation avec l'œdème de tout ce côté de la vulve et qui en a le caractère. En procédant à cette exploration et en palpant l'ulcération entre deux doigts on remarque à son centre une gouttelette très minime de pus jaunâtre. Celle-ci étant essuyée et si l'on exerce une traction avec deux doigts sur deux points diamétralement opposés de l'ulcération, on voit que sa partie centrale est occupée par un tout petit orifice fistuleux qui presque alors avait passé inaperçu, car ses bords étant accolés l'un à l'autre, ils se confondent avec le reste de la surface ulcérée. Un très fin stylet étant introduit dans cet orifice pénètre à une profondeur de 2 ou 3 cm. et son extrémité vient buter dans la poche purulente qui constitue la Bartholini. On peut le faire ressortir par les orifices fistuleux de

la face interne de la petite lèvre. Nous recueillons du pus urétral, ainsi que celui qui sort par le petit orifice central de l'ulcération. Tous deux contiennent des gonocoques. Il n'y a aucun signe de syphilis ancienne ou récente. Nous portons le diagnostic d'ulcération blennorrhagique chancriforme et nous prescrivons des injections vaginales au permanganate de potassium. Nous avons revu la malade à plusieurs reprises, le 10 juillet 1903 l'ulcération n'est pas indurée ; il n'est apparu aucun symptôme cutané ou muqueux de syphilis secondaire, l'ulcération n'est pas cicatrisée, et la Bartholinite suppure toujours, aussi conseillons-nous à la malade d'entrer dans un service de chirurgie pour faire procéder à l'extirpation de cette dernière.

OBSERVATION II. — Ulcération mixte blenno-syphilitique de la face interne de la petite lèvre gauche.

X... Jane, 19 ans, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis le 20 janvier 1903. Elle se plaint de souffrir au niveau de la partie gauche de la vulve. A l'examen de l'appareil génital on ne note aucune lésion extérieure, pas d'œdème, pas de lésions ulcéreuses ou papuleuses des grandes lèvres. A la partie inférieure de la face interne de la petite lèvre gauche, tendant à se prolonger vers l'entrée du vagin, se voit une ulcération régulièrement arrondie, grande comme une pièce de 20 cm. Son fond est lisse et d'un rouge vif. Elle est très superficielle et sa base est absolument souple. Elle est couverte d'une minime couche de pus. Après l'avoir essuyée avec un linge, on voit que ce pus vient d'un orifice situé exactement au centre de l'ulcération ; cet orifice est très facilement visible, car il est plus gros qu'une tête d'épingle. Le pus qu'il laisse écouler est jaunâtre ; nous en recueillons pour l'examen microscopique. En explorant alors la glande de Bartholin de ce côté, à l'aide d'un doigt introduit dans le vagin et de l'autre palpant la partie inférieure de la face externe de la grande lèvre, nous sentons qu'elle est augmentée de volume, de la dimen-

sion d'une noisette indurée. Cette exploration est très peu douloureuse et l'expression de la glande fait sortir par l'orifice qui s'enfle l'ulcération une quantité de pus plus grande. Au niveau de la face interne de la petite lèvre droite, on trouve une légère macule rougeâtre à l'embouchure du canal extérieur de la glande de Bartholin droite. Celle-ci est très légèrement augmentée de volume et son expression fournit une très petite gouttelette de liquide louche. Il n'y a pas d'urétrite. Vaginite et métrite cervicales avec écoulement purulent. Les ganglions inguinaux sont légèrement augmentés de volume des deux côtés, mais ils n'ont d'aucune façon les caractères de l'adénopathie satellite du chancre. Nous portons le diagnostic d'ulcération blennorragique développée autour de l'orifice du canal excaveur de la glande de Bartholin gauche. Du reste le pus provenant de cette dernière est très riche en gonocoques. Rien à noter à l'examen des téguments de l'anus et de la bouche. Nous prescrivons des injections vaginales de permanganate de potassium à 1 pour 4.000. Le 27 janvier 1903, la malade revient à la consultation. Etat identique des lésions génitales. L'ulcération de la petite lèvre gauche à le même aspect. Le 3 février 1903, l'ulcération s'est agrandie du côté de l'entrée du vagin. Le contour est maintenant un peu moins régulier. Le 10 février cette tendance de l'ulcération est encore plus marquée. Elle s'est développée rapidement depuis une semaine et a atteint les dimensions d'une pièce de 2 fr. De plus, son fonds est maintenant d'un rouge beaucoup plus foncé. L'orifice qui semble l'ulcération est toujours bien visible. Le volume de la glande de Bartholin n'a pas changé. L'ulcération est actuellement surtendue par une base indurée distincte du noyau dur, déterminé par la bartholinite. En outre, il semble exister un léger degré d'œdème de la base de la grande lèvre gauche et les ganglions inguinaux sont maintenant plus volumineux à gauche qu'à droite.

Le 17 février l'ulcération a tout à fait changé d'aspect. Elle ne s'est plus agrandie, mais elle a pris une teinte rose très foncée et s'est couverte, en certains points, d'un léger exsudat dyphtéroïde. L'induration de sa base est encore plus nette. Toute la moitié gauche de la vulve est oedématiée. Les ganglions inguinaux gauches sont très volumineux et durs. Ces caractères donnent maintenant à la lésion l'aspect d'un chancre syphilitique. Toutefois, nous ne posons ce diagnostic que sous réserve et nous attendons l'apparition des accidents généraux pour mettre la malade au traitement mercuriel. Actuellement, il n'existe aucune lésion cutanée ou muqueuse, symptomatique de syphilis secondaire. Le 19 mars, il existe des taches de roséole sur le flanc et l'abdomen. Le chancre manifeste une tendance spontanée à la cicatrisation. Nous prescrivons des pilules mercurielles.

OBSERVATION DE JULLIEN

Bulletin Médical, juin 1911

Sur le chancre blennorragique, je résumerai brièvement une observation de Leede où une ulcération blennorragique joue un rôle prépondérant. Trois jours après un rapport suspect un homme de 40 ans constate un peu de rougeur et d'inflammation dans la région préputiale ; peu après apparaissent des douleurs dans les articulations des deux pieds, dans celles de la main droite et de l'épaule gauche. En ces points, il y avait du gonflement et de l'algie. A l'hôpital d'Epeldorf on trouve, dans le sillon, un chancre mou avec lymphangite dorsale de la verge et gonflement des ganglions inguinaux. Pas de gonocoque. Il n'y avait du reste aucun écoulement par le canal dont l'extrémité se présentait à la spatule comme absolument exempt de microbes. Cependant les arthropathies continuaient, les muscles s'atrophiaient, la température os-

eillait de 37 à 40°. Bientôt l'aggravation se prononça, le malade s'affaiblit et il s'éteignit le 53^e jour de sa maladie. A l'autopsie myocardite dégénératrice et arthrite suppurée bilatérale tibio-tarsienne. Mais le plus surprenant on trouva de nombreux gonocoques à l'état de culture pure. L'auteur pense que l'inoculation du produit blennorragique a eu lieu au niveau du chancre mou et que l'infection de toute l'économie s'est faite par lymphatiques de la verge. On ne saurait trop appeler l'attention sur un fait aussi important. Les déductions théoriques qu'en a tirées l'auteur me semblent avoir besoin de quelque développement. Selon toute probabilité il s'est agi d'un chancre mixte, contenant à la fois le microbe de Neisser et celui de Ducrey. Telle est la seule explication compatible avec les faits exposés.

CLINIQUE DERMO-SYPHILOPATHIQUE DE L'UNIVERSITÉ DE CAGLIARI

Annales des maladies vénériennes (mars 1912)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ULCÈRE BLENNORRAGIQUE PAR LE
D^r ALBERTO SERRA, ASSISTANT ET PROFESSEUR LIBRE

L. M..., âgée de 27 ans; mariée, ménagère, native de Cagliari. Aucune tare héréditaire, aucune maladie antérieure digne d'être retenue, sauf les fièvres malariennes à type tierce qui éprouvèrent la malade il y a de longues années et qui maintenant encore lui reviennent à longs intervalles. Mariée depuis une dizaine de jours elle raconte qu'elle a eu un peu de malaises trois jours après le premier contact sexuel, du prurit et une légère sensation de brûlure à la miction. Sensation qui peu à peu est venue plus intense. Ensuite elle constate un écoulement génital et des taches jaunâtres sur son linge. Elle fit quelques lotions à l'eau et au savon, mais les troubles subjectifs ne diminuèrent pas plus que l'écoulement, alors la malade

vient à notre clinique où elle entra le 20 avril 1908. Charpente squelettique régulière ; masse musculaire un peu flasque, nutrition générale insuffisante, muqueuse apparente très pâle, aspect souffreteux.

Rien à noter dans les organes soit thoraciques, soit abdominaux, rien d'anormal sur les téguments, à l'exception de ceux des organes génitaux. Pas d'altération au pourtour de la vulve. Les grandes lèvres sont légèrement turgescents et à l'entrée de la vulve on trouve des matières jaunâtres, denses, concrétées en partie sur le bord libre des grandes lèvres. La muqueuse de la vulve, du vagin et de l'urètre est d'un rouge intense et recouverte d'une abondante sécrétion crémeuse. Le méat urinaire rouge est gonflé, laisse échapper une sécrétion purulente abondante.

La malade éprouve du ténesme et de la cuisson en urinant. Sur la muqueuse de la petite lèvre gauche on note une ulcération serpiginieuse qui prend son point de départ sur un pli de la muqueuse, dans le tiers moyen de celle-ci, au milieu des franges hyménéales, traverse toute la face interne de la petite lèvre et aboutit à un petit nodule situé vers la commissure vulvaire postérieure.

Ce nodule est à peu près de la grosseur d'un haricot, d'une coloration rouge violacé, d'une consistance molle, avec fluctuation au centre ; les téguments qui le recouvrent sont intacts. A côté de ces nodules, vers la muqueuse de la petite lèvre droite, on trouve un autre nodule de la grosseur d'une lentille, de consistance dure, de coloration rouge vif. A peu de distance de ces deux nodules clos, vers le tiers inférieur de la petite lèvre droite, on en voit un autre qui semble avoir percé depuis peu. Son pertuis situé au centre permet la pénétration d'un stylet à la profondeur d'un centimètre environ. La cavité d'aspect anfractueux laisse échapper de la matière jaunâtre sanguinolente.

J'examine le vagin à l'aide d'un speculum fenêtré en ayant

bien soin de laisser intactes les concrétions de la commissure valvaire et je ne trouve aucune lésion, à l'exception d'une légère rougeur à la fourchette. Utérus dans sa portion vaginale paraît un peu augmenté de volume et ramolli. La muqueuse qui le recouvre est congestionnée ; au niveau de l'orifice externe elle est abaissée et procidente. Un bouchon de matière jaunâtre, épaisse, mélangée de stries sanguinolentes, obstrue le canal cervical. L'introduction du spéculum provoque des douleurs assez fortes, de même que mes tentatives pour enlever, à l'aide d'un tampon de ouate, le bouchon qui adhère au museau de tanche. Les glandes de Bartholin ne sont pas perceptibles au palper. Les ganglions inguinaux sont un peu augmentés de volume, un peu douloureux à la pression.

J'ai eu l'occasion d'examiner le mari et de constater chez lui l'existence d'une urétrite blennorragique chronique. Il se croyait guéri parce que depuis longtemps il n'avait plus observé aucune sécrétion et seulement de loin en loin une légère adhésion des bords du méat, symptôme auquel il n'attachait aucune importance. Nulle trace de chancre vénérien chez le malade qui affirme d'ailleurs n'avoir jamais été atteint d'aucune affection de ce genre.

L'examen après centrifugation du résidu urinaire ne permet pas de mettre en évidence le gonocoque. Je n'ai réussi qu'après deux injections d'épreuve au nitrate d'argent. La source de la contagion une fois établie et le diagnostic d'urétrite et d'endométrite cervicale, blennorragique une fois confirmé par l'examen microscopique des sécrétions prélevées au niveau de l'urètre et de l'utérus, il restait encore à éclaircir la nature de l'agent pathogène qui avait déterminé les pustils abcès et les ulcérations.

Pour élucider aussi la question à ces derniers points de vue, je procédai à des examens bactériologiques, tant pour les abcès encore clos que pour les ulcères.

Le gonocoque fut identifié avec certitude.

P. C..., âgée de 22 ans, célibataire, domestique, native de Villagrande. Rien comme antécédent héréditaire. A souffert pendant assez longtemps de fièvres malarieuses qui cessèrent il y a deux ans, grâce au traitement par la quinine et au changement d'air. Déflorée il y a deux ans, elle a continué à avoir des rapports sexuels avec son amant jusqu'il y a 6 mois environ sans s'apercevoir d'aucun trouble dans la zone génitale si ce n'est de la douleur pendant le coït. Depuis 6 mois, elle observe des troubles de la miction et souffre du ventre pendant les époques menstruelles. En même temps la malade a eu des pertes blanches purulentes qu'elle a soignées par des lavages sans aucun résultat. C'est pour ces pertes qu'elle vient à notre clinique où elle entre dans les conditions suivantes de santé :

Femme bien développée, état général satisfaisant. Rien à noter en dehors des altérations de la région génitale que nous résumons brièvement : grande lèvre presque normale, petite lèvre un peu rouge et enduite d'une sécrétion gris jaunâtre qui recouvre aussi la région vulvo-vaginale ; débarrassée de la sécrétion apparaît un peu rouge aussi. Le méat urinaire est rouge et gonflé ; la muqueuse urétrale, un peu procidente, présente une rougeur intense. L'index introduit dans le vagin fait percevoir un cordon plus dur que de coutume et détermine un peu de douleur. La pression digitale exercée le long de l'urètre, fait sourdre du méat une goutte d'un pus dense, jaunâtre, plutôt abondant. Près du méat urinaire et sur sa droite, on note une perte de substance, de forme irrégulière, s'étendant en haut vers le vestibule et empiétant latéralement sur la face interne de la petite lèvre droite, pour aboutir vers son tiers inférieur à un nodule rougeâtre de la grosseur d'une petite noisette à revêtement cutané intact, de consistance molle, légèrement fluctuant dans sa partie centrale. Les bords de l'ulcération sont décollés, irréguliers, de couleur bleuâtre, le fond est couvert d'abondantes granulations d'un

rouge vif et saigné facilement. Il est enduit d'une sorte de pus jaunâtre mêlé de sang. Au-dessus de cette ulcération, immédiatement au-dessous du clitoris et un peu vers le bord inférieur de la petite lèvre, là où elle s'unit au clitoris, on observe un nodule de dimension d'un gros pois de consistance ferme et élastique, revêtu d'une muqueuse à peu près normale, indolent. Le vagin offre une coloration quasi-normale. La portion vaginale du col est ramollie et légèrement tuméfiée, revêtue d'une muqueuse rouge portant des érosions sur le museau de tanche. A la palpation, l'utérus paraît augmenté de volume et un peu douloureux. Les ovaires sont gros et sensibles à la pression. Du canal cervical on voit sourdre une gouttelette jaunâtre, plutôt dense, adhérente, qui, une fois enlevée, laisse à découvert une muqueuse érodée couverte d'abondantes granulations rouge vif et saignant facilement : tout l'orifice externe du canal est ainsi revêtu et ces érosions vont se perdre dans l'intérieur.

Les ganglions lymphatiques inguinaux cruraux sont presque normaux ; à droite, la palpation en révèle quelques-uns qui acquièrent la forme et la grosseur d'un pois ; ils sont mobiles et indolents.

La malade accuse une sensation de brûlure à la miction et un peu de prurit et de cuisson à la vulve, de même qu'un endolorissement de la région utérine avec irradiation dans les aînes. Je recueillis du produit de sécrétion de l'urètre et de l'utérus et après avoir fait les examens nécessaires qui ne laissèrent aucun doute sur la nature gonococcique de l'affection, je pratiquai la recherche bactériologique et bactérioscopique, de nature à éclaircir l'étiologie de l'ulcération et de la petite collection purulente. Avant tout, j'eus soin de rechercher le strepto-bacille de Ducrey, tant dans la sécrétion de l'ulcère et le produit du raclage à ses bords que dans le pus de la petite collection prélevée par aspiration à l'aide de la seringue de Tulsini ; et dans la matière obtenue en raclant

les parois de l'abcès. Je ne trouvai ni dans les sécrétions de l'ulcère, ni dans celles de la collection close aucun micro-organisme qui, d'après ses caractères pu être confondu avec celui de l'ulcère vénérien. Par contre, je pus mettre en évidence un diplocoque, qui, par ses caractères morphologiques, par sa disposition, par sa réaction de Gram, ne laissait aucun doute sur son identité avec le gonocoque de Nieser. Dans les petits abcès clos, le gonocoque fut le seul germe mis en évidence. Dans l'ulcération, au contraire, il était accompagné d'autres formes de cocci et de bacilles. La culture et l'inoculation furent positives. L'évolution de la maladie fut bénigne : l'ulcération se répara en une quinzaine de jours à l'aide de simples attouchements au nitrate et à l'iodoforme ; le petit abcès une semaine après avoir été incisé et traité par le nitrate d'argent et la glycérine iodoformée, était couvert de granulations de bon aloi, au bout d'une dizaine de jours il était guéri, au bout de deux mois, l'urétrite et l'endométrite étaient également guéries.

LES ULCÉRATIONS BLENNORRAGIQUES CHANCRIFORMES

BURNIER. *Paris-Médical*, 2 février 1918

OBSERVATION I :

L..., 19 ans, Kabyle, entre à l'hôpital le 11 octobre 1917 pour une ulcération de la face postérieure du fourreau de la verge datant de 6 jours. Coût suspect avec une femme de maison de Constantine. Examen à l'entrée : ulcération ovale de la grandeur d'une pièce de 2 francs, à bords décollés, à fond jaunâtre, mou, suintant.

Dans l'aîne gauche existe depuis 7 jours une adénopathie mono-ganglionnaire, chaude, douloureuse, empâtée de péri-adénite inflammatoire, immobilisant le ganglion ; les jours suivants, la peau se teinte de rose, le ganglion suppure, rou-

git la peau et l'ulcère, donnant naissance à une nouvelle perte de substance, à bords décollés, serpigineux, à fond bourbilloeux et suintant, jaunâtre, grande comme une pièce de 5 francs.

Examen bactériologique de la sécrétion : Absence de bacilles de Ducrey. Présence de diplocoques en grains de café ne prenant pas le gram. Le 15 octobre, inoculation du pus du ganglion à l'avant-bras du malade.

Deux jours après, apparition d'une pustule qui se déchire et laisse apercevoir une lésion chancriforme analogue à celle de la verge.

Examen bactériologique du pus de l'auto-inoculation : sur frottis : diplocoques intra et extra-cellulaires en grains de café ne prenant pas le gram. En culture sur gélose sang : colonnes de gonocoques typiques. Pas d'écoulement urétral antérieur. Wassermann négatif à deux reprises.

Malgré les divers traitements employés (permanganate fort, nitrate d'argent, pommade au calomel, thermocauter, attouchements à l'acide picrique), les ulcérations du chancre et du ganglions n'ont aucune tendance à la cicatrisation. Celle-ci ne fut obtenue que deux mois plus tard et le malade sortit guéri le 17 décembre.

OBSERVATION II :

F..., 35 ans, chinois, entre à l'hôpital le 18 décembre pour une ulcération de la verge dont le début remonte au 29 novembre ; coït suspect le 25 novembre. Examen à l'entrée : ulcération arrondie, grande comme une pièce de 2 fr., située sur le prépuce au-dessous du frein. Le fond d'ulcération est lisse, égale, de couleur rouge chair musculaire, sa base est indurée. Œdème du gland et du prépuce. Dans l'aîne gauche existe une adénopathie avec périadénite, mais sans suppuration. Pas d'écoulement urétral. Le raclage du chancre montre au microscope la présence de diplocoques en grains de café

ne prenant pas le gram. Culture sur gelose sang : colonie typique de gonocoques. W. négatif. L'évolution de l'ulcération est lente ; aucune tendance à la cicatrisation malgré les divers traitements employés.

En résumé il s'agit de deux malades n'ayant jamais présenté d'écoulement urétral blennorragique et porteurs d'ulcérations gonococciques de la verge, simulant, dans le premier cas un chancre mou et dans le deuxième un chancre induré.

R. BURNIER, *Annales des Maladies vénériennes* (1919).

OBS. I. — CHANCRE BLENO-SYPHILITIQUE :

Un soldat de 23 ans entre dans notre service le 19 juillet 1918, atteint d'un écoulement qui remonte au 1^{er} juillet et dans lequel on constate la présence de gonocoques. Quelques exulcérations siègent en couronne sur le prépuce et sur le gland ; leur fond est jaunâtre et suintant et un raclage permet de trouver le gonocoque dans le frottis. En même temps existe une adénite inguinale droite fluctuante et ramollie ; une ponction ramène un liquide puriforme, chocolat, contenant également du gonocoque. Malgré la ponction le bubon s'ulcère et la plaie irrégulière ainsi formée se cicatrise le 10 août. Le Wassermann pratiqué le 25 juillet est négatif.

Le 13 août, on note que les ulcérations du prépuce et du gland, loin de se cicatriser, se creusent et reposent sur une base indurée et cartilagineuse, la cicatrice du bubon devient également plus dure. Un Wassermann pratiqué le 26 août est cette fois positif.

Ce malade a donc contracté, au cours du même coït, une double infection : une infection gonococcique apparue tout d'abord et une infection syphilitique d'incubation plus lente

et apparue, secondairement. Un traitement spécifique énergique amena la cicatrisation des lésions en six semaines.

OBS. II. — CHANCÈRE BLENNO-CHANCERELLEUX :

Un Kabyle dont le coït suspect remontait au 5 septembre 1918, présentait le 25 octobre une ulcération du prépuce grande comme une pièce de 1 fr., à fond sanieux, mamelonné, jaunâtre, ainsi qu'une adénite inguinale gauche.

Un frottis permit de constater dans le pus la présence de gonocoques et de bacilles de Ducrey. L'innoculation de ce pus fut positive et au bout de 8 jours apparut à la cuisse une ulcération de même aspect contenant également du gonocoque et du bacille de Ducrey. Le Wassermann était négatif. La cicatrisation fut lente et demanda huit semaines.

OBS. III.

Un kabyle avait été hospitalisé un mois auparavant pour une ulcération de la verge étiquetée chancre mou et compliquée d'adénite inguinale gauche qui suppure, qui dut être incisée. Un mois plus tard le malade présente l'écoulement urétral où l'on décèle la présence de gonocoques. L'adénite inguinale est cicatrisée, mais il persiste encore une ulcération du gland déchiquetée, suintante, grande comme une pièce de 1 fr., contenant de nombreux gonocoques. Il existe également de nombreuses pyodermites des cuisses et des jambes dont le pus contient des gonos. Aucun bacille de Ducrey ne peut être décelé dans le pus du chancre.

Il s'agissait donc dans ce cas d'une ulcération blennorrhagique chancereuse et non pas du véritable chancre mou.

La cicatrisation fut obtenue en trois semaines.

UN CAS DE CHANCRE BLENNORRAGIQUE

(Bulletin de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie
8 novembre 1928)

GOUGEROT, BURNIER et BLUM

S... Roger, 19 ans, consulte le 24 octobre pour un phimosis inflammatoire avec adénopathie inguinale gauche douloureuse.

Le début de cette lésion remonte à 9 jours, à ce moment on découvre le gland difficilement et on constate que le malade a une urétrite gonococcique et au niveau du gland, au rebord postérieur, empiétant sur le sillon balano-préputial une ulcération sans bords, à fond légèrement bourgeonnant, chair musculaire d'aspect, avec suintement abondant d'un liquide séro-purulent, sans induration, sans tendance à l'ulcération des bords n'ayant ni les caractères d'un chancre syphilitique, ni ceux d'un chancre mou et avec un léger liseré inflammatoire à la périphérie. L'examen ultro-microscopique ne révèle aucun tréponème.

Le Ducrey est négatif.

A plusieurs reprises on constate la présence de nombreux gonocoques.

La contamination remonte à deux mois. Deux réactions de Wassermann ont été négatives dans le sang.

GONOCOCCIE CHANCRIFORME, PAPULEUSE ET ULCÉREUSE DU
PRÉPUCE, SIMULANT SUR LE MÊME MALADE LA SYPHILIS
ET LA CHANCRELLE

GOUGEROT, CARTEAUD et TARDIEU

(Archives dermato-syphiligraphiques, mars 1929)

M. J..., âgé de 64 ans, sujet de bonne constitution, sans antécédents héréditaires ou personnels a pratiqué, le 2 novembre 1928, un coït. Le 9 novembre, c'est-à-dire une semaine plus tard, il a vu apparaître un écoulement urétral jau-

nâtre pour lequel il est venu consulter l'un de nous, le 14 novembre. A cette date le malade a été reconnu atteint de blennorrhagie urétrale antérieure aiguë ; le gonocoque a été identifié, cette blennorrhagie s'accompagnait d'un volumineux œdème du prépuce avec phimosis (un phimosis congénital existait depuis toujours, le malade n'ayant jamais voulu accepter la circoncision).

Dès cette époque, 14 novembre, on remarquait sur la face latérale gauche du prépuce une petite vésicule purulente exactement placée là où plus tard s'est développée une ulcération chancreiforme, une auréole rouge inflammatoire encerclait la vésicule. Il n'existait alors aucune induration. Les ganglions inguinaux étaient très légèrement perceptibles des deux côtés, un peu plus toutefois du côté gauche.

Ce malade, ne pouvant recevoir de traitement anti-blennorrhagique que local, pour des raisons familiales et personnelles a été soumis à la thérapeutique suivante : bleu de méthylène et santal en ingestion et vaccin anti-gonococcique en injections sous cutanées à des doses progressives tous les deux jours. Il a reçu depuis le début du traitement jusqu'à ce jour 22 injections, lesquelles n'ont jamais provoqué aucune réaction générale.

La blennorrhagie s'est amendée peu à peu, et l'écoulement urétral s'est tari, parallèlement l'œdème préputial a diminué. Par contre, la pustule préputiale s'est transformée. Elle s'est rapidement ouverte en 4 ou 5 jours et a laissé à sa place une ulcération d'abord de petite taille mais qui n'a pas tardé à s'agrandir. Le 23 novembre l'ulcération a atteint son maximum de développement et avait à peu de chose près les dimensions normales. C'était une ulcération ovulaire d'environ 2 cm. sur 1 cm. Son contour était régulier, ses bords taillés à pic et de coloration rouge vineux n'étaient point décollés, il n'y avait pas le liseré nécrotique blanc si caractéristique du chancre mou. Le fond était grisâtre, sale, laissant sourdre un liquide légèrement puriforme. A la palpation il n'existait

qu'une très légère induration dépassant largement l'ulcération et prenant tout le prépuce. L'ulcération n'était pas douloureuse, mais simplement sensible au frottement. Elle ne saignait pas facilement. Il n'existait pas de bubons ni d'adéno-pathie rappelant celle qui coexiste avec le chancre syphilitique.

Le diagnostic clinique étant à sa fin, il a été pratiqué, le même jour, plusieurs examens. Dans le pus urétral on découvre la présence de très nombreux spirilles et la grande rareté des gonocoques. Dans l'ulcération le bacille de Ducrey a été recherché sans résultat. Un examen ultra-microscopique et un examen sur lame colorée par la méthode de Fontana n'a pas permis non plus de déceler la présence de tréponème. Le 6 décembre, c'est-à-dire 22 jours après le début du chancre, la réaction de Wassermann et la réaction de Hecht étaient négatives. Le 15 décembre, le malade, alors pour ainsi dire guéri de son écoulement urétral, est porteur, par contre, de 4 éléments nouveaux siégeant sur la couronne préputiale : ce sont 4 papules à peu près égales en grosseur, lisses, de couleur chair musculaire, ayant l'aspect à s'y méprendre des chancres ou des syphilides papuleuses. L'ancienne ulcération chancrelliforme a conservé le même aspect, l'induration n'a pas augmenté. L'examen complet ne découvre ni plaque muqueuse, ni roséole. De nouveaux examens micro-biologiques sont pratiqués par M. le Professeur Joyeux. La recherche du tréponème à l'ultra-microscope est toujours négative. À noter qu'il n'a été fait aucun traitement antiseptique local de l'ulcération. La recherche du bacille de Ducrey est toujours négative. Par contre, dans l'ulcération chancriforme et sur les papules, le gonocoque est facilement trouvé, alors il n'y a plus d'écoulement urétral et que les lésions préputiales ont été chaque jour nettoyées à l'eau bouillie. Le 24 décembre une nouvelle réaction de W. reste toujours négative, 40 jours après l'ulcération, même au Desmoulières. Le diagnostic de

chancre et de papule blennorragique est alors posé. Il est alors fait au malade des applications locales de sérum anti gonococcique. Sous l'effet de cette thérapeutique, les chancres se recouvrent rapidement d'une mince pellicule opalescente, ils tendent à saigner au moindre contact, mais regressent en dimensions rapidement. Le 2 janvier 1929, c'est-à-dire, 10 jours après le début de ce traitement l'ulcération a diminuée de moitié, et les papules se sont affaissées. Le 4 janvier la gonoréaction de Rubenstein pratiquée dans le laboratoire de M. le Professeur Besançon est positive à trois doses et les séro-réactions de Wassermann et de Hecht sont négatives, 50 jours après le début du chancre. Urée sanguine = 0.35.

Examen hématologique : globules rouges : 4.800.000 ; globules blancs : 7.200.

Pourcentage leucocytaires :

Poly : 64.

Grand mono : 25.

Lympho de mono de transition : 7.

L'examen général du malade n'a rien montré de particulier. Le 8 janvier, la blennorragie urétrale est terminée, l'ulcération et les papules sont réduites au tiers de la dimension, fin janvier elles sont guéries.

GOUGEROT, BURNIER et PAUL BLUM

(*Archiv. dermato-vénérologiques*, 1929)

S... Roger, âgé de 15 ans, chaudronnier, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis le 24 octobre 1928, il se plaint de douleurs dans l'aîne gauche et de lésions de la verge ; on constate à ce moment : un phimosis inflammatoire assez marqué avec une grosse adénopathie inguinale gauche faite de ganglions isolés, douloureux, sans péri-adénite, et un écoulement purulent avec présence de gonocoques intra et

extracellulaires. Le phimosis inflammatoire a débuté il y a 9 jours ; on croit donc à un chancre syphilitique caché en raison du phimosis et compliqué d'urétrite blennorragique banale.

Lorsque le 26 octobre, après quelques lavages et bains de verge le malade peut découvrir le gland, on découvre une ulcération du sillon balano-préputial tout à fait anormale d'aspect et il n'y a pas d'urétrite ! Cliniquement cette ulcération est ovale, allongée, transversalement, elle ressemble de loin à un chancre induré, mais un examen minutieux montre de nombreux signes non syphilitiques, ses contours sont aussi peu marqués que possible ; il n'y a pas de bords, le contour est légèrement inflammatoire ; la base n'est pas indurée, conservant une souplesse normale ; elle s'étend depuis le sillon balano-préputial jusqu'à la face dorsale du gland sur une surface vaguement ovale, dont l'axe a environ 1 cm. de longueur. Le fond de cette exulcération est légèrement végétant, suintant, et par endroit suppuré, un peu de pus s'accumule dans le fond de ce sillon balano-préputial. On voit que l'aspect clinique de cette exulcération n'est pas celui d'un chancre syphilitique. Le fond légèrement bourgeonnant, l'absence d'induration et de bords l'en séparent nettement ; plusieurs examens ultra-microscopiques ne décèlent pas le tréponème. Les réactions de Bordet-Wassermann sont restées par la suite négatives. On ne trouve pas non plus les caractéristiques du chancre mou. La régularité des bords, l'absence de bords entaillés et de liserés nécrotiques, la continuité de l'exulcération et des tissus sains, l'absence de tendances ulcéreuses, font éliminer l'hypothèse d'une infection par le bacille de Ducrey. La recherche de ce bacille dans le frotti faite à plusieurs reprises, après coloration au violet de gentiane, est complètement négative.

En présence de cette exulcération atypique, nous pensons aux ulcérations gonococciques et recherchons à plusieurs re-

Cont. des. Chanc. M.

prises, à la surface de l'érosion bourgeonnante, la présence du gonocoque et dans toutes ces recherches les gonocoques sont abondants. On pose donc le diagnostic d'ulcération gonococcique chancriforme.

Cette exulcération blennorragique a guéri en 12 jours sous l'influence de pansements antiseptiques simples au permanganate de potassium.

OBSERVATION DE M. BELGODÈRE (*Paris-Médical*, mai 1930)

Il s'agissait d'un jeune malade qui avait la blennorragie, mais présentait, en outre, des apparences syphiloïdes suspectes.

Il avait un paraphimosis, ou plutôt le faux paraphimosis de ces gens qui n'ont pas de phimosis, mais au contraire un prépuce trop court, si bien qu'à la moindre réaction œdémateuse, le bourrelet préputial bascule en arrière de la couronne du gland et s'y bloque ; cette variété de paraphimosis est difficile à réduire, et si l'on y parvient, il se reproduit presque fatalement : c'est ce qui avait eu lieu chez ce jeune homme. Tout le fourreau de la verge était œdématié, moyennement œdématié ; ce n'était pas la « pipe allemande », qui du reste devient rare de nos jours, car la jeunesse d'aujourd'hui, plus avertie, n'attend pas ces déformations monstrueuses pour venir consulter ; mais il y avait une alternance de scissures dorsales et de bosselures œdémateuses ventrales que l'on pourrait exprimer, si l'on veut une image, en disant qu'il avait une « verge en accordéon ».

Le gland, étranglé, était turgide, et les lèvres du méat gonflées, mais d'une manière inégale : la lèvre gauche était nettement plus proéminente, et si l'on écartait les deux lèvres, ce qui était facile, car l'orifice était large, en arrière de cette lèvre gauche, on découvrait une ulcération, ou plutôt

une érosion superficielle, à surface grisâtre diphtéroïde. Cette ulcération était limitée en avant par un rebord net qui était le bord même du méat ; sa base était indurée ; il y avait un engorgement ganglionnaire inguinal. On ne pouvait pas, devant un pareil tableau, ne pas penser au chancre syphilitique.

Cependant, en examinant de plus près, l'œdème, d'une teinte rose vif et gaie, n'avait pas la teinte terne et triste de l'œdème syphilitique, l'engorgement ganglionnaires était mou, pâteux, sans mobilité, avec périadénite ; en malaxant l'induration, on ne lui trouvait pas de limites nettes et on la sentait comme se fondre sous ce léger passage ; l'érosion avait un bord net en avant, parce qu'il se confondait avec les bords de l'orifice urétral, mais en arrière, l'enduit diphtéroïde diminuait graduellement, s'évanouissait en une sorte de sfumatura, comme disent les Italiens, et il n'y avait aucune limite nette. En outre, en scarifiant la surface grisâtre en vue d'un examen ultramicroscopique, on se rendait compte qu'il n'y avait même pas à proprement parler d'érosion, l'épithélium n'avait pas été entamé dans toute son épaisseur, seules les cellules les plus superficielles avaient subi une sorte de nécrose, qui donnait cet aspect grisâtre, diphtéroïde. Déjà, cliniquement, notre siège était fait, nous avions éliminé la syphilis et porté le diagnostic d'érosion du méat, provoquée par l'irritation du contact du pus blennorragique, et sans doute favorisée par l'état œdémateux des tissus.

Le contrôle du laboratoire ne fut pas néanmoins négligé, mais sans pouvoir trouver trace d'aucun tréponème. Rendez-vous fut pris pour le dimanche suivant en vue d'un Wassermann, pour lequel il nous semblait préférable d'attendre un peu, mais le malade ne reparut point.

OBSERVATION INÉDITE (due à l'obligeance du D^r Burnier)

M. U..., 32 ans, a eu une blennorrhagie terminée il y a 6 semaines ; actuellement aucun écoulement, ni goutte matinale.

Depuis huit jours, le malade présente sur le gland au voisinage du méat, une ulcération grande comme une pièce de 50 centimes, creusant légèrement en profondeur à bords décollés, à fond suintant, et recouverte d'une croûte jaunâtre ; petits ganglions inguinaux.

L'aspect est celui d'un chancre mou, mais la recherche du bacille de Ducrey est négative ; par contre, on trouve dans le pus des diplocoques ayant les caractères du gonocoque.

Des attouchements avec une solution de permanganate au 10^e, amenèrent la guérison de l'ulcération en 8 jours.

OBSERVATION INÉDITE (Clinique de l'Hôpital Saint-Louis)

M. R... V..., 26 ans, employé de chemin de fer, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis le 18 août, présentant deux ulcérations du sillon balano-préputial, à gauche. Ce sont des ulcérations à base molle, à fond bourbillonneux, à bords décollés. (Figure I).

Aucune adénopathie.

Lés recherches bactériologiques montrèrent :

- 1^o) L'absence de bacilles de Ducrey.
- 2^o) La présence de gonocoque.

Ces ulcérations disparurent en un mois par des applications locales de nitrate d'argent.



FIG. 111

Conclusions

Il existe des lésions secondaires cutanées dues au gonocoque et qui résultent d'une propagation ou d'une dissémination du diplocoque de Neisser primitivement localisé dans l'urètre.

Mais, à côté de ces lésions associées, on peut trouver de véritables *chancres* blennorragiques, c'est-à-dire des points d'inoculation primitive du gonocoque qui a, en quelque sorte, pénétré par effraction à travers l'épithélium cutanéomuqueux et affectant les types suivants chez l'homme :

1°) Il peut s'agir d'un *chancre pseudo-syphilitique* revêtant la forme d'érosions ovalaires ou circulaires, régulières, à fond rouge, chair musculaire, plan, lisse, superficiel ou bien d'ulcérations plus ou moins profondes à bords taillés à pic, à base indurée.

2°) On peut se trouver en présence d'une *ulcération chancrelliforme*, ulcération affectant des allures serpigneuses à fond bourbillonneux grisâtre, jaunâtre, à bords décollés.

3°) Enfin, dans une troisième série de faits, on peut se trouver en présence de chancres ayant à la fois les caractères des deux types précédents et simulant les *chancres mixtes*.

Cette classification est exacte surtout pour l'homme, car chez la femme les ulcérations gonococciques peuvent revêtir les formes les plus diverses.

Le diagnostic de ces chancres pourra justement prêter à erreur par l'absence de tout écoulement et le meilleur moyen d'éviter ces erreurs sera de rechercher dans les cas douteux par les moyens de laboratoire à côté du spirochète de Schaudinn et du bacille de Ducrey, le diplocoque de Neisser.

Vu, le Doyen,

BALTHAZARD.

Vu, le Président,

GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.
